

Health at a Glance: OECD Indicators – 2005 Edition

Summary in Turkish

Sağlığa Bakış: OECD Göstergeleri – 2005

Türkçe Özet

Özet

OECD ülkelerinde sağlık sektörünün boyutu da, önemi de artıyor. Sağlık hizmetlerinde sağlanan ilerleme ve yeni ilaçların geliştirilmesi son yıllarda OECD ülkelerinde sağlık alanında istikrarlı düzelmelere katkıda bulundu. Aynı zamanda, ulusal gelir içindeki oranı sürekli artmakta olan sağlık harcamaları hiç bu kadar yüksek olmamıştı.

Sağlık konusu, elbette, sağlık hizmetlerinden ve sağlık harcamalarından ibaret değil. Eldeki veriler, gelişmiş ülkelerde halk sağlığının sağlık hizmetlerinden ziyade, sosyo-ekonomik ve yaşam tarzına bağlı etmenler tarafından belirlendiğini gösteriyor. İyi tasarlanmış halk sağlığı programları, hastalıkların önlenmesine katkıda bulunup sağlık hizmetleri sistemleri üzerindeki maliyet baskılarının bir bölümünün hafifletilmesini sağlayabilir. Sağlık konusundaki risk faktörleri de değişiyor. Örneğin, birçok OECD ülkesi tarafından son on yıl içerisinde sigara tüketiminin azaltılmasında kayda değer bir ilerleme sağlanmasına karşın, aşırı şişmanlık oranları, beslenme alışkanlıklarındaki değişiklikleri ve hareketsiz yaşam tarzlarını yansıtarak artış gösterdi.

Sağlığa Bakış – OECD Göstergeleri 2005 sağlık sistemlerinin performansının farklı yönleriyle ilgili göstergelerin karşılaştırılabilir ve güncel bir derlemesini sunuyor. Kendine temel olarak ise tüm OECD ülkelerindeki sağlık sistemleri ve sağlık konularında 1000'den fazla istatistik serisinin yer aldığı kapsamlı bir veritabanı olan *OECD Sağlık Verileri 2005*'i alıyor (*OECD Health Data 2005*). Bu üçüncü *Sağlığa Bakış* raporu sadece sağlık sistemlerinin kaynakları ve faaliyetlerine odaklanmakla kalmayıp, aynı zamanda sağlığın artırılıp hastalıkların önlenmesi ile ilgili daha fazla sayıda göstergelere de yer veriyor. Örneğin, sağlık durumu ile ilgili bölüm, diş sağlığı dahil, çocuk sağlığı konusunda daha fazla bilgi içeriyor. Risk faktörleri ile ilgili bölümde tütün tüketimi, alkol tüketimi ve aşırı kilo ve şişmanlık göstergelerine beslenmeyle ilgili göstergeler de eklendi. Hastalıkları ve buna bağlı sağlık hizmeti gereksinimlerini azaltabilecek koruyucu sağlık

hizmetlerine örnekler olarak, çocuk aşılarıyla ilgili geleneksel göstergeler yaşlılar arasındaki grip aşılarının kapsamı ile tamamlanıyor. Ve sağlık harcamalarının artık farklı OECD ülkelerinde örgütlenmiş halk sağlığı programları için yapılan harcamaları gösterecek şekilde bir dökümü yapıyor.

Bu yayın, OECD üyesi 30 ülke arasında sağlık durumu, sağlık riskleri göstergeleri ile sağlık sistemlerinin maliyetleri, kaynak tahsisleri ve sonuçları bakımından büyük farklılıklar olduğunu gösteren çarpıcı bilgiler içeriyor. Bir dizi göstergede cinsiyet ve yaşa göre bazı temel nüfus dökümleri sunmakla birlikte, çoğu durumda ülke içinde bölgelere, sosyo-ekonomik kesimlere ya da farklı etnik/ırksal gruplara göre daha ayrıntılı bir döküm vermiyor. Dolayısıyla okurun bu yayında yer alan birçok göstergede ülkelerin *içinde* de ülkeler *arasında* olduğu kadar farklılıklar olabileceğini akılda bulundurması gerekiyor.

Bu yayının sağlık sistemlerinin performansı ile ilgili bazı temel saptamaları aşağıda özetlenmiştir.

OECD ülkelerinde halkın sağlık durumunda önemli ölçüde gelişme sağlandı

- Yaşam standartlarının yükselmesi, yaşam tarzının iyileşmesi ve daha iyi eğitimin yanı sıra, sağlık hizmetlerinden yararlanma ve ilaçların etkinliği konusunda kaydedilen ilerlemeler sayesinde **son on yıllar içerisinde OECD ülkelerinde ortalama insan ömrü önemli oranda uzadı**. OECD ülkelerinde 1960 yılında 68,5 yıl olan ortalama insan ömrü (bir başka deyişle, doğum sırasında yaşam beklentisi) 2003 yılında 77,8 yıla çıktı. 2003 yılında Japonya tüm nüfus için 81,8 yıl ile en yüksek ortalama insan ömrüne sahip olup, onu İzlanda, İspanya, İsviçre, Avustralya ve İsveç izliyordu (Grafik 1.1).
- Zaman içerisinde ve ülkeler arasında ortalama insan ömrü üzerinde etkili olabilecek tıbbi ve tıp dışı faktörlerin görece katkısını tahmin etmek pek kolay değil. **OECD ülkelerinde ortalama insan ömrünün yüksek olması genellikle ulusal gelirin yüksek olması ile ilişkili**, ancak ulusal gelir arttıkça bu ilişki daha az belirgin oluyor. Ayrıca kişi başına düşen gelirin benzer olduğu OECD ülkeleri arasında ortalama insan ömründe dikkate değer farklılıklar da var. Örneğin, Japonya ve İspanya sadece kişi başına düşen GSYH rakamlarına bakarak öngörülenin üzerinde ortalama insan ömrü rakamlarına sahip olurken, ABD ve Macaristan gelire bağlı olarak öngörülenin altında ortalama insan ömrü rakamlarına sahipler (Grafik 1.3).
- **Son 30 yıl içerisinde OECD ülkelerinde 65 yaşından itibaren ortalama insan ömrü de önemli oranda arttı**. OECD ülkelerinde 2003 yılında 65 yaşından itibaren ortalama insan ömrü kadınlarda 19,3 yıl, erkeklerde 15,9 yıldır. Bu rakamlar, gerek kadınlar, gerekse erkekler için 1970 yılından beri 3 yıllık bir artış olduğunu gösteriyor. Doğumdan itibaren ortalama insan ömründe olduğu gibi 65 yaşından itibaren ortalama insan ömründe de 2003 yılının en yüksek rakamına Japonya sahip (Grafik 1.5). **Önümüzdeki on yıllarda 65 yaşından itibaren ortalama insan ömrünün artmaya devam etmesi bekleniyor**. OECD hesaplarına göre, OECD ülkelerinde 65 yaşından itibaren ortalama insan ömrünün 2040 yılına gelindiğinde kadınlarda 21,6 yılı, erkeklerde 18,1 yılı bulması öngörülmüyor.
- Ekonomik ve sosyal koşullardaki genel gelişmelerin yanı sıra, çocuk aşılarından yararlanma dahil, doğum sonrası sağlık hizmetlerindeki düzelmeler sayesinde, son on yıllar içerisinde OECD ülkeleri **bebek ölüm oranlarında dikkate değer bir ilerleme**

kaydetti. Portekiz’de 1970 yılından bu yana bebek ölümleri %90 azaldı ve o yıl Portekiz bebek ölümlerinin Avrupa’da en yüksek olduğu ülke iken, 2003 yılında en düşük olduğu ülkelerden biri haline geldi. Meksika’nın yanı sıra, Türkiye, İtalya, İspanya ve Yunanistan gibi bazı güney Avrupa ülkelerinde de bebek ölüm oranlarında büyük düşüşler sağlandı. 2003 yılında, İzlanda, Japonya ve bazı İskandinav ülkeleri OECD ülkeleri arasındaki en düşük bebek ölüm oranlarına sahipti (Grafik 1.20).

OECD ülkeleri artan sağlık maliyetleri ile karşı karşıya bulunuyor

- OECD ülkelerinde son onyıllar içerisinde uzun ömür yolunda çarpıcı kazanımlar elde edilmekle birlikte, zaman içerisinde sağlık maliyetleri de arttı. Ülkelerin çoğunda sağlık harcamaları, genel ekonomik büyümeden daha hızlı bir artış gösterdi. **2003 yılında OECD ülkeleri GSYH’nın ortalama %8,8’ini sağlık harcamalarına ayırdılar. Bu oran 1990 yılında %7,1, 1970 yılında ise %5’in biraz üzerinde idi.** GSYH’da sağlık harcamalarına ayrılan pay, ülkeler arasında epeyce farklılık gösteriyor. Bu oran ABD’de %15 iken Slovak Cumhuriyeti ve Kore’de %6’dan az. GSYH içindeki yüzde olarak en yüksek sağlık harcamaları bakımından 2003 yılında ABD’nin ardından, sırasıyla %11,5 ile İsviçre ve %11,1 ile Almanya geliyor (Grafik 3.7).
- **Sağlık harcamalarındaki artış birkaç etmene bağlanabilir.** Genel olarak, **kişi başına düşen GSYH’nın daha yüksek olduğu OECD ülkelerinin sağlık alanında kişi başına yaptığı harcama da daha fazla olma eğilimi gösteriyor** (Grafik 3.10). Ancak, ülkeler arasında diğer mal ve hizmetlere göre ek sağlık harcamalarına verilen değer, sağlık sistemlerinin organizasyon yapıları ve finansmanındaki farklılıklar, ayrıca uygun harcama seviyeleriyle ilgili politik kararların kısmen yansımaları olabilecek önemli farklılıklar var. **Tıbbın hastalıkları önleme, teşhis ve tedavi olanaklarında kaydedilen ilerlemeler sağlık giderlerindeki artışın ardındaki başlıca etmeni oluşturuyor.** Yeni donanım, tedavi yöntemleri ya da ilaçların finansmanının nasıl sağlanacağına dair karar verme süreci dahil çeşitli faktörler yeni tıp teknolojilerinin ve yeni ilaçların geliştirilmesi ve yaygınlaşmasını etkiliyor. **Nüfusun yaşlanması da sağlık harcamalarının artmasına yol açıyor.** 65 yaş ve üzeri nüfusun yüzdesi tüm OECD ülkelerinde arttı (Grafik 5.3), ve özellikle (2010 yılında ve sonraki yıllarda 65 yaşına girecek olan) “bebek patlaması” yaşanan kuşağın yaşlanması dikkate alındığında, bu eğilimin önümüzdeki yıllarda ve onyıllarda devam etmesi bekleniyor. Yaşlı kimselerin sağlık ve uzun vadeli bakım gereksiniminin daha fazla olması nedeniyle, nüfusun yaşlanmasının bu alanlarda kamu harcamalarında artışa yol açacağı kolayca tahmin edilebilir.

Sağlık harcamaları devlet bütçeleri üzerinde baskı yaratıyor

- OECD ülkelerinin çoğunda kamu tarafından finanse edilen sağlık sigortasının ya da sağlık hizmetlerinin doğrudan kamu tarafından finanse edilmesinin ağır basması sonucu, ABD, Meksika ve Kore dışındaki bütün ülkelerde sağlık harcamalarının en büyük bölümünü kamu sektörü üstleniyor (Grafik 3.17). Özel sektörün finansmanda özellikle büyük bir rol oynadığı ABD’de bile kamunun sağlık harcamaları OECD ortalamasına benzer ölçüde GSYH’nın %6,6’sını oluşturuyor.
- OECD ülkelerinde kamunun sağlık harcamalarının artışı bakımından geçtiğimiz on yıl kabaca iki döneme ayrılabilir. 1992-1997 dönemi kamunun sağlık harcamalarında

ekonomik büyüme ile benzer ya da hatta daha düşük oranda bir artışa tanık oldu. Ancak, son yıllarda **tüm OECD ülkelerinde kamu sağlık harcamaları ekonomik büyümeden daha hızlı bir oranda arttı**. Britanya ve Kanada gibi bazı ülkelerde, kamunun sağlık harcamalarındaki son artışlar, 1990'ların ortalarında maliyetlerin sınırlandırılmasından doğan talep baskılarını hafifletmeye yönelik bilinçli politikaların bir yansımasıydı (Grafik 3.6).

- Son yıllarda ilaç harcamalarının hızla artması (ki bu rakam, 1997'den bu yana yılda ortalama %5'in üzerinde) toplam olarak sağlık harcamalarındaki genel artışın ardında yatan başlıca etmen oldu. Gerçekten de bu dönem içerisinde **OECD ülkelerinin çoğunda ilaç harcamalarındaki artışın toplam sağlık harcamalarındaki artışı geçtiğine tanık olundu**. ABD ve Avustralya'da ilaç harcamaları bu dönem içerisinde toplam sağlık harcamalarındaki artış oranının iki katından çok arttı. Bu dönemin başında kişi başına düşen miktar oldukça düşük olmasına rağmen, İrlanda ve Kore'de de önemli artışlar gözlemlendi. Japonya'da ise artış oranı çok daha sınırlı oldu (Grafik 3.16).
- OECD ülkelerinde **ilaç faturalarının ortalama %60'ı kamu fonlarından, geri kalan bölüm ise esas olarak cepten yapılan ödemelerle, daha az bir kısmı da özel sigortalar tarafından karşılanıyor**. Ancak, bu ortalama içinde (Meksika'da %11, ABD'de %21 gibi düşük oranlar ile İrlanda'da %86 gibi yüksek oranlar arasında seyreden) çok büyük farklılıklar gizli. Bunun bir nedeni, ilaçların ulusal sağlık programları ve kamu tarafından finanse edilen sigorta kapsamına nasıl girdiği ve hatta girip girmediği (Tablo 3.11).
- 2003 yılında, **kişi başına düşen ilaç harcamasının en yüksek olduğu ülke 700 dolar ile ABD iken, onu 600 dolar ile Fransa ve yaklaşık 500 dolar ile Kanada ve İtalya izliyordu**. En düşük harcamanın olduğu ülkeler ise Meksika ve Türkiye idi (100 doların biraz üzerinde). İlaç harcamalarında ülkeler arasındaki farklılıklar hacim, tüketim yapısı ve fiyat seviyesindeki farklılıkların bir yansıması. Ülkeler arasında gelir düzeyi farklılıkları da ilaç harcamalarını etkiliyor (Grafik 3.14).

Sağlık hizmetleri için gerekli kaynak eksikliği belirli ülkelerde sorun olabilir

- **Doktor eksikliği duyulması birçok ülkede önemli bir sorun**. Tıp mesleğine giriş için konan kısıtlamalar, uzmanlık seçenekleri, ücret ve diğer çalışma koşulları, bunun yanı sıra göç gibi bir dizi etmen, pratisyen hekimlerin sayısı, dağılımı ve bileşimini etkiliyor. **2003 yılında OECD ülkelerinde kişi başına düşen doktor sayısında büyük farklılıklar vardı. Bu rakamlar, her 1000 kişiye 4'ten fazla doktor düşen İtalya ve Yunanistan ile her 1000 kişiye 2'den az doktor düşen Türkiye, Meksika ve Kore arasında değişiyordu**. Kişi başına düşen pratisyen hekim sayısı Japonya, Kanada, Britanya ve Yeni Zelanda'da görece düşüktü. Bu ikinci gruptaki ülkeler geleneksel olarak tıp fakültelerine girişi denetim altında tutuyor.
- **Yabancı ülkelerde eğitim görmüş doktorlar belirli ülkelerde pratisyen hekimlerin önemli bir oranını oluşturuyor**. Yabancı ülkelerde eğitim görmüş doktorların oranı 2000 yılında Yeni Zelanda, Britanya, ABD ve Kanada gibi İngilizce konuşan ülkelerdeki tüm pratisyen hekimlerin %20'sini geçiyordu. Öte yandan, yabancı ülkelerde eğitim görmüş doktorların oranı Japonya, Avusturya ve Fransa'da çok daha düşüktü (Grafik 2.4). Uluslararası göç, doktorlar ve diğer sağlık uzmanları yönünden göç alan ülkelerde

işgücü piyasalarına daha fazla esneklik kazandırabiliyor, ama öte yandan düşük gelirli ülkelerden yüksek gelirli ülkelere uzun vadeli net akışlar olması “beyin göçü” konusunda ciddi kaygılar da doğuruyor.

- Bu üçüncü *Sağlığa Bakış – OECD Göstergeleri 2005* raporunda, pratisyen hekimler ile (maaşlı ve serbest çalışan doktorlar şeklinde ikiye ayrılan) uzman **doktorların ücretleri** konusunda yeni veriler sunuluyor. Ortalama ulusal gelire kıyasla doktorların gelirleri ülkeden ülkeye kayda değer farklılıklar gösteriyor. **Örneğin, serbest çalışan uzman hekimlerin gelirleri Hollanda, ABD, Belçika ve Kanada’da görece daha yüksek.** Öte yandan, Macaristan ve Çek Cumhuriyeti’nde (ister maaşlı olsun, ister serbest çalışsın) uzman hekimler ortalama ulusal gelire kıyasla diğer ülkelerde olduğundan görece daha az kazanıyorlar (Grafik 2.9).
- Birkaçı dışındaki tüm OECD ülkelerinde halen hemşire açığı olduğu da bildiriliyor. **Doktorlarda olduğu gibi, hemşire sayısında da OECD ülkeleri arasında önemli farklılıklar var.** Değişik kategorilerdeki hemşirelerin istatistiklere dahil edilmesi veya edilmemesi nedeniyle, bu veriler ancak sınırlı ölçüde karşılaştırılabilir. Kişi başına düşen hemşire sayısının en yüksek olduğu ülkeler arasında, 2003 yılında her 1000 kişi başına 13’ten fazla hemşire ile İrlanda, İzlanda ve Hollanda başı çekiyor. Ölçeğin alt ucunda ise, her 1000 kişi başına 4’ten az hemşire düşen Türkiye, Kore, Meksika ve Yunanistan yer alıyor (Grafik 2.5). Zaman içerisindeki gelişme eğilimlerine bakıldığında, 1990 – 2003 yılları arasında, kişi başına düşen hemşire sayısı OECD ülkelerinin çoğunda hiç değilse biraz artmaya devam etti, ama Avustralya, Kanada, Yeni Zelanda ve Polonya’da düşmeye yüz tuttu (Grafik 2.6).
- **Hemşire ücretleri** ile ilgili olarak elimizde sadece maaşlı hastane hemşirelerine ait veriler var. 12 ülkeden alınan verilere dayanarak, kişi başına düşen GSYH’ya kıyasla hemşirelerin görece gelirlerinin en yüksek olduğu ülke Portekiz. Onu Avustralya ile Yeni Zelanda izliyor. Gelirin görece en düşük olduğu ülkeler ise Çek Cumhuriyeti ve Macaristan ile Norveç (Grafik 2.11).
- Ayrıca bazı ülkelerde son teknolojilerden zamanında yararlanabilmeyi sağlayan tanı ya da tedavi cihazı eksikliğiyle ilgili kaygılar da var. **CT (Bilgisayarlı Tomografi) ve MRI (Manyetik Rezonans Görüntüleme) cihazları gibi tanı teknolojilerinin mevcudiyeti geçen on yıl içerisinde tüm OECD ülkelerinde arttı.** CT’ye göre daha yeni bir teknoloji olduğundan MRI cihazlarının sayısı 1990 yılından beri özellikle hızlı bir şekilde arttı (Tablo 2.8). Yine de bu tür tıbbi teknolojilerin dağılımı büyük farklılıklar göstermeye devam ediyor ve kişi başına düşen en çok sayıda CT ve MRI cihazına açık farkla Japonya’nın sahip olduğu bildiriliyor. Ölçeğin alt ucunda ise, bu cihazların yüksek maliyeti nedeniyle, kişi başına düşen MRI cihazı sayısının en düşük olduğu ülkenin Meksika olması ve Meksika’yı Slovak Cumhuriyeti ile Çek Cumhuriyeti’nin izlemesi pek de şaşırtıcı değil (Grafik 2.13 ve 2.14).

Hastalıklardan korunmaya daha fazla odaklanması, sağlık alanında olumlu gelişmeler için olanaklar yaratırken, tedavi hizmetleri sistemi üzerindeki baskıları da hafifletebilir

- Sağlık sistemi bazen “hasta bakımı”na fazla odaklanmakla eleştiriliyor; hastaların tedavi edildiği, ama hastalıkları önlemek için yeterince çalışılmadığı ileri sürülüyor. Gerçekten

de OECD ülkelerinde günümüzde sağlık harcamalarının ortalama %3'ü hastalıkların önlenmesi ve halk sağlığı programları için harcanıyor (Grafik 3.12).

- Çocuk hastalıklarının ve ölümlerinin azaltılmasında en etkili önlemlerden birinin çocuk aşıları olduğu görüldü. OECD ülkelerinin yaklaşık üçte ikisi DTP (difteri, tetanoz, boğmaca) aşılarında nüfus içerisinde genel bağışıklık sağlanması için gerekli seviye olan %95 oranına ulaşmış ya da bu oranı geçmiş bulunuyor. Kızamıkta OECD ülkelerinin yaklaşık yarısının aynı seviyede olduğu bildiriliyor. İrlanda, Norveç ve Avusturya gibi, kişi başına düşen GSYH bakımından daha zengin OECD ülkelerinin bazılarının ise, gerek difteri gerekse kızamık aşılarında ortalamanın altında kaldığı bildiriliyor (Grafik 2.21).
- Gribin ciddi komplikasyonlara yol açma riskinin daha fazla olduğu yaşlı nüfus içinde hastalığa yakalanma, hastaneye yatma ve ölüm olaylarını önlemenin bir yolu olarak grip aşısı geçen on yıl içerisinde OECD ülkelerinde gitgide yaygınlaştı. **2003 yılında yaşlılar arasında grip aşısı yaptıranların oranı Çek Cumhuriyeti, Slovak Cumhuriyeti ve Macaristan'da %40'ın altında iken Avustralya, Kore ve Hollanda'daki %75'i aşıyordu.** 2003 yılında yaşlı nüfusun %50'den azının grip aşısı olduğu bildirilen Almanya ve Japonya dışında, G7 ülkelerinin çoğunda grip aşısı olanların oranı %60'ın üzerindedir (Grafik 2.23).

Sağlık konusundaki risk faktörleri değişiyor

- Tütün tüketimi hâlâ erken ölümlerin başlıca nedenini oluşturmakla birlikte, **OECD ülkelerinin çoğunda tüketimde azalma oldu ve son yirmi yıl içerisinde dikkate değer bir ilerleme sağlandı.** Bu düşüş, büyük ölçüde, kamuoyunu bilinçlendirme kampanyaları, reklam yasakları ve vergilerin arttırılması yoluyla tütün tüketiminin azaltılmasını amaçlayan politikalara bağlanabilir. Avustralya, Kanada, İsveç ve ABD'de yetişkinler arasında her gün sigara içenlerin oranı 1970'lerin sonlarında %33'ün üzerinde iken, günümüzde bu oran %20'nin altına düşmüş durumda. Ölçeğin üst ucundaki Yunanistan, Macaristan ve Lüksemburg'ta ise yetişkinlerin %33'ten fazlası her gün sigara içmeye devam ediyor (Grafik 4.1).
- **Yetişkin başına düşen alkol tüketimi ortalaması da OECD ülkelerinin birçoğunda son yirmi yıl içerisinde gitgide düşüş gösterdi.** Reklam sınırlamaları, satış kısıtlamaları ve yüksek vergilerin alkol tüketiminin azaltılmasında etkili yöntemler olduğu görüldü. İtalya ve Fransa gibi geleneksel şarap üreticisi ülkelerde 1980 yılından beri kişi başına düşen alkol tüketiminin düşmesine tanık olundu. Öte yandan, İrlanda'da kişi başına düşen alkol tüketimi %40'tan fazla arttı (Grafik 4.6 ve 4.7).
- Çoğu OECD ülkesinde **gerek çocuklar gerekse yetişkinler arasında fazla kilo ve aşırı şişmanlık oranlarının artması hızla halk sağlığı açısından önemli bir kaygı kaynağı haline geliyor.** Şişmanlığın aşırı yüksek tansiyon, yüksek kolesterol, şeker, kalp-damar hastalıkları, astım, kireçlenme ve bazı kanser türleri gibi sağlık sorunlarında bir risk faktörü oluşturduğu biliniyor. **Günümüzde yetişkinlerin %50'den fazlasının fazla kilolu ya da aşırı şişman olarak tanımlandığı on OECD ülkesi şunlar:** ABD, Meksika, Britanya, Avustralya, Slovak Cumhuriyeti, Yunanistan, Yeni Zelanda, Macaristan, Lüksemburg ve Çek Cumhuriyeti (Tablo 4.6).

- Sırf fazla kilolu olmaktan daha büyük risk taşıyan aşırı şişmanlık (obesity) sorununa gelince: **Yetişkin nüfus içinde aşırı şişmanların oranı Japonya ve Kore’de %3 iken bu oran ABD’de %31’e çıkıyor.** Ancak, ülkelerin çoğunda fazla kilo ve aşırı şişmanlığa ilişkin tahminlerin *kişilerin kendileri hakkında verdikleri* bilgilere dayandığını unutmamak gerekiyor. Oysa ABD, Avustralya, Yeni Zelanda ve Britanya’daki uygulama farklı olup tahminler kişilerin boy ve kilolarının *doğrudan ölçülmesine* dayanıyor. Boy ve kilo konusunda kişilerin beyanları, genellikle insanların kilolarını düşük göstermeleri yüzünden, doğrudan ölçümler kadar güvenilir değil. Bu beyanlar tek yanlı olduğundan, **OECD ülkelerinin çoğunda günümüzde aşırı şişmanlığa ilişkin tahmini rakamların düşük gözüküğünü ve gerçek durumu yansıtmadığını** söyleyebiliriz (Grafik 4.12 ve 4.13).
- **Aşırı şişmanlık, kronik hastalıklara yakalanma riskini arttırdığı için, sağlık harcamalarında da önemli miktarda artışlara yol açıyor.** ABD’deki tahminler normal kilolu kişilere kıyasla aşırı şişmanlara sağlanan sağlık hizmetlerinin %36, ilaçların ise %77 daha fazla maliyetli olduğunu gösteriyor (Sturm, 2002). Aşırı şişmanlık ile buna bağlı sağlık sorunlarının başlaması arasında birkaç yıllık bir zaman aralığı olup, bu da OECD ülkelerinde aşırı şişmanlık oranlarında geçen yirmi yıl içerisinde gözlemlenen artışın ileride sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin artmasına yol açacağına işaret ediyor.

© OECD 2005

Bu özet metin, resmi bir OECD çevirisi değildir.

Bu özet metin, OECD telif hakkı ve yayının aslının ismi belirtilmek koşuluyla çoğaltılabilir.

Değişik dillerdeki özet metinler, aslı İngilizce ve Fransızca dillerinde yayınlanan OECD yayınlarının kısaltılmış çevirileridir.

Bu yayınlar OECD İnternet Kitabevinden ücretsiz olarak temin edilebilir
www.oecd.org/bookshop/

Daha fazla bilgi için, OECD Halkla İlişkiler ve İletişim Müdürlüğü,
Haklar ve Çeviri Birimi'ne başvurunuz.

rights@oecd.org

Faks: +33 (0)1 45 24 13 91

OECD Rights and Translation Unit (PAC)
2 rue André-Pascal
75116 Paris
Fransa

İnternet web sitemiz: www.oecd.org/rights/

